Über Kindersterblichkeit

im allgemeinen und über die Gründe des Nichtstillens

geprüft an der Berliner Arbeiter-Bevölkerung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

vorgelegt von

Hermann Michaelis,

praktischem Arzt aus Deutsch-Krone.

BERLIN

Druck von Max Silberberg.

1906.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 19. Februar 1906.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hofmann.

Seinen Eltern
in Liebe und Dankbarkeit gewidmet.

Woran liegt die grosse Kinder- wie Säuglingssterblichkeit, und wie kommen wir ihr bei? Diese Frage, die so hochwichtig für die Existenz eines Volkes ist, hat von jeher Hygieniker, Nationalökonomen und vor allem uns Aerzte beschäftigt. Dass diese Frage in der Tat eine ernste ist, darüber werden wir uns angesichts der Zahlen, die aus den Statistiken hervorgehen, nicht täuschen. Ergeben sich doch für die Kindersterblichkeit für Deutschland folgende Zahlen: Württemberg 31,25 %, Bayern 30,84 %, Sachsen 28,37 %, Preussen 21,23 %. Vergleichen wir mit diesen Zahlen diejenigen, die sich aus den Statistiken ausserdeutscher Länder ergeben, so müssen wir uns gestehen, dass dieser Vergleich keineswegs zum Vorteil unseres Vaterlandes ausfällt. Es betrug die Kindersterblichkeit in Italien 20,7 %, in den Niederlanden 19,32 %, in der Schweiz 17,4 %, in Frankreich 17,01 %, in England 14,92 %, in Belgien 14,82 %, in Dänemark 13,75 %, in Schweden 13,89 %, in Norwegen 10,4 %. Angesichts dieser Zahlen, die in manchen Ländern, wie z. B. Frankreich, das gefürchtete Gespenst der „Depopulation" heraufbeschwören können — hier allerdings im Verein mit dem Herabgehen der Geburtenzahl —, hat man von jeher nach ihren Gründen zu forschen gesucht, um mit ihnen Mittel und Wege zu erkennen, sie herabzudrücken.

Alle Anschauungen, auf die wir stossen werden, gelten sowohl für die Kindersterblichkeit im allgemeinen, als auch für die Säuglingssterblichkeit im speziellen. Escherich glaubte in der Bodenelwation den bestimmenden Punkt für sie gefunden zu haben, andere in den rauhen klimatischen Verhältnissen. Beiden Annahmen widersprechen die günstigen Resultate, die urs elevierte und rauhe Gegenden bieten, wie z. B der Nordrand der schwäbisch-bayrischen Alpen,

einige Gegenden des Spessart. Gerade die Kälte müsste die bakterielle Infektion, die Ursache des akuten Emporschnellens der Säuglingssterblichkeit während der Sommermonate mehr oder weniger unterdrücken. Während wir heute der Meinung sind, dass die Cholera infantum durch bakterielle Infektion hauptsächlich von seiten der verdorbenen Nahrung verursacht wird, glaubte Meinert ihren Grund und damit den der hohen Säuglingssterblichkeit in der Häuserdichtigkeit mit ihrer Ueberhitzung bei hoher Temperatur gefunden zu haben. Andere hielten Rasseneigentümlichkeiten für massgebend; so glaubte Bertillon die Kinder- resp. Säuglingssterblichkeit gerade der Deutschen für eine spezifische Eigentümlichkeit der Deutschen annehmen zu müssen. Wurde doch von Hoffmann die scheinbar günstigen Sterblichkeitsverhältnisse der jüdischen Kinder in Preussen als ein Akt besonderer Zähigkeit der Rasse angenommen. Auch der Gegensatz von Stadt und Land sollte massgebend sein, der Gegensatz zwischen industrieller und ackerbautreibender Bevölkerung. Jedoch können genügend Beispiele vom Gegenteil des angenommenen Vorteiles des Landes vor der Stadt angeführt werden.

Andere sehen in der Kindersterblichkeit mit ihrer Höhe eine Bestätigung der Darwinschen Regel, eine Ausmerzung der schwächlichen Kinder vor den zum Leben starken. Während im alten Sparta die schwächlichen Kinder ausgesetzt wurden, käme das infolge der angeborenen Schwäche natürliche Hinsterben als das erstarkende Moment für das Volk zum Vorschein. Warum also zum Schaden der überlebenden Starken die Schwachen, Ungeeigneten zum Leben zwingen? Diese Anschauungen sind falsch; gerade die bei Geburt starken Kinder können der falsch gewählten Ernährung, der unrichtigen Ernährungstechnik zum Opfer fallen, die schwachen durch die Kunst des Arztes die Kindheit überdauern. Wäre diese Anschauung von der durch die Kindersterblichkeit geschaffenen Auslese richtig,

so müsste es sich notwendig aussprechen in dem Heruntergehen der Sterblichkeitsziffer der späteren Lebensjahre — wir müssten erwarten, dass dort, wo die Kindersterblichkeit eine grosse ist, uns ein kräftiger Volksstamm gegenüberstände. Wir müssten dann dort die bestmöglichsten Rekrutieruugsverhältnisse finden, da ja alles Unbrauchbare weggestorben wäre. Gruber und Prinzing beweisen uns zahlenmässig das Gegenteil und damit auch das Hinfällige der Anschauung. Sie ist genau so verwerflich und barbarisch — da sie ja von uns Aerzten verlangt, der grossen Kindersterblichkeit untätig gegenüberzustehen — wie der von französcher Seite geäusserte Satz des „laisser faire — laisser passer, laisser mourir". Die Anwendung dieses Satzes solle uns vor der zu grossen Volksvermehrung bewahren, die Kindersterblichkeit sei gleichsam das Sicherheitsventil vor den grossen Volkskatastrophen, den Revolutionen, zu denen wir bei zu grosser Volksvermehrung notwendig steuern müssten.

Am bestechendsten von allen Gründen für die Kindersterblichkeit erscheint der, den wir bei Pfeiffer und Biedert ausgesprochen finden: Das bestimmende für die Höhe der Sterblichkeit liegt in der sozialen Lage der Bevölkerung, in ihren ökonomischen Verhältnissen (Biedert). Noch eindrucksvoller wird diese Ansicht, wenn wir bedenken, dass sich der Standpunkt des Volkes sowohl wie des einzelnen der Hygiene, der Bildung gegenüber — kurz sein kulturelles Niveau — regelt mit seinen sozialen Verhältnissen. Beweisende Tatsachen für die Einwirkung des sozialen Faktors auf die Kindersterblichkeit sind genügend vorhanden.

Casper schon erregte dadurch grosses Aufsehen, dass er auf die Differenz zwischen den Todesfällen in fürstlichen und gräflichen Familien einerseits und Berliner Proletarierkindern andererseits hinwies. Er fand, dass bei den ersteren im Alter von 0—5 Jahren 57 ‰, bei den letzteren jedoch im gleichen Alter 357 ‰ starben. Er sei hier ferner als

Beispiel angeführt die badensche Statistik von Neumann als Beweismittel, wie sich die jeweilige Sterblichkeitsziffer den ökonomischen Verhältnissen der betreffenden Klasse anschliesst. Für die Jahre 1871—1873 ergeben sich für Baden für die einzelnen Konfessionen folgende Zahlen: Protestanten 252.5 ‰, Katholiken 288,3 ‰, Juden 176,1 ‰. Dass hier nicht eine besondere Widerstandskraft der Rasse, wie schon eingangs erwähnt wurde, liegt, sondern nur der Einfluss der sozialen Verhältnisse, zeigt uns die Sterblichkeitsziffer der badenschen jüdischen unehelichen Kinder, die sich in demselben Massstabe hält wie bei den anderen Konfessionen und zwar 420 ‰.

Wir kommen hierdurch auf das Verhalten der unehelichen Kinder überhaupt zur Kindersterblichkeit. Diese von Natur sozial am schlechtesten gestellten zahlen von jeher den höchsten Tribut an die Sterblichkeit. Gibt doch zum Beispiel Mayer für die oberbayrischen Bezirksämter Ebersberg und Bruck Zahlen von 707 resp. 757 auf 1000 geborene uneheliche an. Gewiss beteiligt sich bei dem Zustandekommen solcher Zahlen das Verbrechen. Bertillon beschuldigt zur Erklärung des physiologischen Paradoxans — wie er das Anwachsen der absoluten Sterblichkeitszahl der Unehelichen in der zweiten Lebenswoche nennt — für Frankreich geradezu den Mord. Zwar ist in einigen Ländern von staatswegen, wie z. B. in Frankreich seit dem Loi Russel 1874, in Ungarn mit der Institution des „Weissen Kreuzes", das Zieh- und Haltekinderwesen geregelt, während in anderen den Gemeinden die Aufsicht obliegt. So steht den Behörden in Preussen die Befugnis zu, entsprechende Polizeiverordnungen zu erlassen. Und doch sind die Zahlen der Sterblichkeitsstatisken dem Ideal weit entfernt. So überlebten nach Dr. Neumann von 1000 Berliner Haltekindern des Jahres 1896 (es waren im ganzen 7192 Kinder) 651,6 das erste Jahr. Auch die Berliner statistischen Jahrbücher (R. Boekh) zeigen uns das Zurückbleiben der unehelichen

den ehelichen Kindern gegenüber. Es verminderten sich durch die Sterblichkeit:

	1893	1894	1895	1896	1897	1898
1000 Kinder überhaupt auf	726	751	726	756	752	760
1000 eheliche Kinder auf	752	780	758	788	783	791
1000 uneheliche Kinder auf	510	457	523	546	561	569
	1899	1900	1901	1902	1903	
1000 Kinder überhaupt auf	739	733	742	785	772	
1000 eheliche Kinder auf	777	770	773	809	737	
1000 uneheliche Kinder auf	457	485	532	630	615.	

Wenn auch die Berliner Statistik für die unehelichen noch ein erhebliches Zurückbleiben hinter den Sterblichkeitsverhältnissen der Kinder überhaupt aufweist, so können wir doch erfreulicherweise auch eine Besserung in ihren Sterblichkeitsziffern feststellen.

Ein weiteres Beweismittel für den Einfluss des sozialen Faktors auf die Kinder-, vor allem auf die Säuglingssterblichkeit zeigen uns die hohen Zahlen in den industriellen Bezirken. Sie lehren uns die Einsicht in das Verhältnis zwischen der Beschäftigung der Mutter und der Sterblichkeit der Kinder resp. der Säuglinge. In einigen englischen Landbezirken, wo die Frauen den ganzen Tag auf dem Felde beschäftigt sind, gehen im ersten Lebensjahre schon wieder 200—260 ‰ verloren, auf 1000 Lebendgeborene gerechnet. Villermé (zitiert bei Pfeiffer) berechnet, dass von den 1823/24 geborenen Kindern in den Bezirken der Textilindustie die Hälfte der Kinder von Kaufleuten, Fabrikanten, Maschinendirektoren das 29. Lebensjahr erreichten, dagegen die Hälfte der Kinder von Spinnern und Webern schon vor dem 2. Lebensjahr gestorben war. Wir werden dieses Faktum verstehen, wenn wir uns sagen, dass in der Textilindustrie hauptsächlich viel Frauen beschäftigt werden, so z. B. in Sachsen allein 30 000 Frauen — 4000 in der Tabakindustrie ebenfalls in Sachsen. Die in diesen Branchen herrschenden Lohnverhältnisse zwingen die Frau zum Mit-

arbeiten. Andererseits werden in diesen Industrien der billigen Arbeitskräfte wegen die Arbeiten nur an Frauen vergeben. So geht denn die Mutterbrust, so geht die Pflege, deren die Kinder während des ersten Jahres bedürfen, den Kindern verloren. Der Engländer Reid*), zit. bei Schlossmann, hat den Einfluss der Frauenarbeit auf die Kindersterblichkeit auch zahlenmässig bewiesen.

Wir sehen überall im letzten Grunde den Zusammenhang zwischen Peuperismus und Kindersterblichkeit. Der Einfluss macht sich noch weiter geltend in dem Verhältnis der Geburtsziffer zu ihr. Es ist eine bekannte Tatsache: die meisten Kinder haben diejenigen, die die wenigsten Mittel haben. Nach Wolf (cit. b. Biedert) kommen auf 1 Geburt in den höheren Ständen 2,8 beim Mittelstand, 3,54 bei den niederen Ständen. Wenn wir nun nach den Angaben von Engel den auf die Ernährung verwandten Teil des Einkommens der verschiedenen Einkommenstufen prüfen, so finden wir, dass von einem Einkommen von 900 M. allein für die Ernährung 71,5 %, von einem solchen von 1500 M. 68,9 %, von einem von 3000 M. 64 %, von einem von 6000 M. 58,3 % verwendet wird. Wir werden es verstehen, dass über diese 71,5 % kaum gegangen werden kann. Jedes weiter geborene Kind muss notwendig die Nahrungsmittel der schon vorhandenen Familie einschränken evtl. überhaupt in Frage stellen. Sicher sind diese Verhältnisse nicht der Grund allein, jedoch ein Grund mit dafür, „dass in den kinderreichsten Bezirken die vielen Geburten nutzlos zu stande kommen, dass vielmehr die meisten dauernden Volksglieder von den geburtenarmen Strecken geliefert werden“ (Biedert). Wer mit Biedert den bestimmenden Punkt in den ökonomischen Verhältnissen

---

*) Anmerkung: Reid fand die Kindersterblichkeit in Städten
mit starker weiblicher Arbeiterbevölkerung 19,5 %
„ geringer „ „ 16,6 %
ohne „ „ 15,2 %.

sieht, wird mit ihm den Ausweg darin erblicken müssen: die Erzeugung und Verteilung der Mittel zum Lebensunterhalt und die Vermehrung der Einwohner in ein logisches Verhältnis zu bringen. Der Weg der Einschränkung der Nachkommenschaft, wie ihn Malthus empfahl, ist nicht der zum Ziele führende; erstens, weil er doch nicht eingeschlagen wird, dann, wie die Erfahrungen in Frankreich gezeigt haben, die Sterblichkeit durch verminderte Geburten absolut nicht herabgedrückt wird. Es bleibt also die Frage der günstigen Verteilung der Mittel zum Lebensunterhalt. Und würde nicht dann der nachdrängende Kinderreichtum die günstige Verteilung in Frage stellen, würde nicht ein circulus vitiosus entstehen?

Wir haben mit Absicht den Einfluss des sozialen Momentes so weit ausgebaut, weil wir ebenfalls überzeugt sind, dass es in einem Teile der bestimmende Punkt über Tod und Leben des Säuglings und Kindes ist. Hier kann der Staat — ohne dass wir gleich mit Biedert zur gänzlichen Umwälzung der bestehenden sozialen Verhältnisse im Marx'schen Sinne schreiten — durch soziale Gesetzgebung eintreten als Helfer und hat es schon getan. Die niederen Stände sind auf ein höheres und kulturelles Niveau zu heben. Hier können staatliche Bestimmungen, auf die wir noch zurück kommen werden, wie z. B. Einrichtung von Krippen-Kontrolle über Zieh- und Haltekinderwesen, gesetzlicher Ausschluss der hochschwangeren Frauen, der Wöchnerinnen, überhaupt genaue Regelung der Frauenarbeit, segensreich wirken. — Auch die private Wohlfahrtspflege feiert hier ihre Triumpfe; ich möchte nur erinnern an das ocuvre philantropique du lait in Paris.

Jedoch der soziale Faktor beherrscht nur einen Teil. Wenn Pfeiffer sagt: „Die Absterbeverhältnisse der Kinder gestalten sich umso günstiger, je besser die Lebensverhältnisse, je reichlicher die Nahrung, je gleichmässiger die Kulturzustände," so hat er darin vollkommen recht; jedoch

auch und in weit grösserem Sinne, als er es annahm, wenn er fortfährt: „je vernünftiger die Ernährungsweise der Kinder.“ Jedem aufmerksamen Beobachter einer Poliklinik muss sich die Ansicht aufdrängen, dass sich hier günstigere Resultate, was Sterblichkeit betrifft, erzielen lassen müssten, die schliesslich auch die allgemeine Statistik in günstigem Sinne beeinflussen müssen. Wir wollen hier von allen anderen Punkten absehen, wollen uns hier nur mit der natürlichsten Art der Ernährung beschäftigen, der durch die Mutterbrust; weiter mit der Frage: „Warum fliesst die Brust für viele Säuglinge vergebens?“

Eine Wandlung hat sich gerade in den letzten Jahren bei uns Ärzten, leider nicht so bei dem Publikum, vollzogen; das genauere Verständnis mit dem Wesen vieler Erkrankungen des Kindesalters muss uns notwendig auf die Art der natürlichen Ernährung weisen. Wir wissen heute, wie durchaus verschieden in biologischer Hinsicht Tier- und Menschenmilch voneinander sind, dass diese Unterschiede nicht überbrückbar sind. Die vorschreitende Wissenschaft hat uns gelehrt, welche Gefahren bakterieller und chemischer Natur bei der andauernden Einführung des artfremden Nährstoffes drohen. Nicht nur die Magen-Darmentzündungen beruhen auf ihr, wir wissen heute, dass der Laryngospasmus, die Tetanie der Kinder, die Eklampsie, gewisse Anaemien auf sie zurückzuführen sind. Als ein praktisches Beispiel sei hier nur angeführt, welche Erfahrungen wir mit dem Soxleth-Sterilisierapparat gemacht haben. Im Anfang enthusiastisch von allen Seiten als Heilmittel gegen Bakterien-Gefahren gepriesen, wurde die Stimmung eine andere, nachdem wir die Barlow'sche Krankheit kennen gelernt hatten. Es sei hier gleichzeitig darauf hingewiesen, dass aus Vertrauen auf dem Soxleth wie auf die künstlichen Nährmittel, mit denen wir immer reichlicher beschenkt werden, nur zu häufig die Brust dem Kinde nicht gegeben worden ist und noch wird.

Um den Vorzug der Mutterbrust auch zahlenmässig zu zeigen, ziehe ich die Berliner Sterblichkeitsstatistik der letzten Jahre heran. Wir sind gerade durch R. Boeckh in der Lage, eine vorzügliche Statistik an der Hand zu haben. Um noch einmal kurz die schon bei den Berliner Unehelichen erwähnten Zahlen zu rekapitulieren, die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre betrug 1893 für alle Kinder 27,6 % (für eheliche 24,8 %, für uneheliche 49,0 % — 1903 entsprechend 22,8 % — 20,3 % — 38,5 %).

Wie beteiligten sich nun die Brustmilchkinder an der Sterblichkeit? Wir müssen bevor wir auf diese Frage eingehen, darüber gewiss sein, dass ca. 80 % (Keller) sämtlicher im ersten Lebensjahre sterbenden Kinder an Magen-Darmkrankheiten zu Grunde gehen. Denn alles das, was wir als Todesursachen auf den auch von Ärzten ausgestellten Todesscheinen finden: Zahnkrämpfe, Gehirnkrämpfe, Lebensschwäche ist zu Magen-Darmerkrankungen zu rechnen.

Anteil der Brustmilchkinder auf 1000 gestorbene Kinder

1891/99	1902	1903
Durchschnitt 120	109	94

und zwar an:

	1891/99	1902	1903
Magenkatarrh	89	70	35
Durchfall	68	67	56
Magen-Darmkatarrh	56	38	44
Brechdurchfall	37	28	22

Mit voller Klarheit geht aus diesen Zahlen der Vorzug der Muttermilch hervor; erstens sind sie gering gegenüber den auf andere Weise ernährten Säuglingen, dann sehen wir hier ein erfreuliches Heruntergehen der Beteiligungsziffer des Brustkindes an der Sterblichkeit.

Welch ein Schutzhort die Muttermilch mit ihrer fast absoluten Vermeidung der bakteriellen Infektionsgefahr durch verdorbene Nahrung dem Kinde wird, zeigt sich ferner in dem Verhalten der Säuglinge während derjenigen

Monate, die das Hauptkontingent zur Säuglingssterblichkeit stellen, in den Monaten: Juli, August, September. Es erhöhte sich die Sterblichkeit während dieser Monate gegenüber der während der anderen (berechnet für Juli, August, September 1898) bei den ehelichen Brustkindern auf 1,32, bei den unehelichen auf 1,46,

bei den Ammenkindern	0,5	resp. —
bei Brustmilch und Tiermilch	1,56	resp. 1,19
bei Tiermilch allein	2,24	resp. 2,05
bei Milchsurrogat	3,92	resp. 5,94

Es fällt auch hier das Zurückbleiben der Brustmilchkinder sowie der mit Allaitement mixte vor denjenigen auf, die mit Tiermilch resp. mit Surrogaten genährt wurden.

Als klassisches Beispiel kann hier weiter Devilmers citiert werden. Gegenüber 36 % vor der Belagerung betrug die Sterblichkeit in Paris während derselben, da die Mütter ihre Kinder selbst nähren mussten, nicht wie sonst als Ammen auf das Land gehen konnten, nur 17 %.

Das Gleiche geht aus der Statistik Diettrichs*) hervor. Von 135 während 9 Monate gestillten starben im ersten Lebensjahre 4 = 3 %, von 320 (3 Monate und länger) 26 = 8,12 %, von 308 künstlich genährten 115 = 37,33 %. Dass auf der körperlichen Gesundheit der Säuglinge die Kraft und Intelligenz des ganzen Volkes beruht, sehen wir an der Fernwirkung auf die Rekrutierungsverhältnisse. So fand Monod in dem Ammendistrikt Châteaux Chinon die in der Nahrung zu kurz gekommenen Säuglinge später bei der Rekrutierung bis zu 37 % untauglich gegenüber 16 % in ganz Frankreich. Wir sehen, der Satz des alten Arztes Avicenna gilt noch heute: Omnibus, quibus modis est possibile, lac matris ad sugendum dandum est.

Um nun ein klares Bild gegenüber den oben festgestellten statistischen Verhältnissen Berlins darüber zu

*) Anmerkung: Die Statistik Diettrichs ist für Köln an der Hand der Impflisten aufgestellt.

haben, was unsere Mütter in Berlin am Stillen verhindert, bin ich dem Beispiel von Graetzer (Neumann'sche Poliklinik) gefolgt und habe den anschliessenden Betrachtungen und Folgerungen einen Teil des Materials der Kinderklinik Berlin Weinbergsweg 11 (Leiter Privatdoc. Dr. Bendix) zu Grunde gelegt. Es handelt sich um 500 Kinder, deren Mütter ich, um genau orientiert zu sein, genau nach den Gründen befragte, aus welchen sie eventl. ihre Kinder abgesetzt hatten. Bevor wir näher auf unser Material eingehen, müssen wir uns sagen, dass wir es hier gleichsam mit einer Stichprobe aus der Berliner Arbeiterbevölkerung zu tun haben, wir deshalb die von uns gefundenen prozentualen Verhältnisse niemals auf alle Schichten ausdehnen können. Ferner sei daran erinnert, dass wir es mit dem Material einer Poliklinik zu tun haben, wohin kranke Kinder gebracht werden, sodass wir höchstens einen Vergleich zwischen dem Verhältnis der gestillten und nicht gestillten Kinder und dem bei den gestorbenen geltenden ziehen können. — Wir werden also das Resultat der Verteilung des Stillens und Nichtstillens auch nicht auf die ganze Arbeiterbevölkerung Berlins verallgemeinern können. Doch uns kam es ja wesentlich darauf an, die Gründe zu erfahren, aus denen heraus nicht angelegt wurde, wir wollten die uns von den Frauen angegebenen Gründe auf ihre Haltung unseren Anschaungen gegenüber prüfen und nach möglichster Abhilfe suchen.

Wir haben es mit Familien der Arbeiterschichten zu tun, die bis auf wenige Ausnahmen eine Stube und Küche bewohnen (also in dem Boekhschen Sinne: 2 Räume), deren Väter einen durchschnittlichen Wochenlohn von 18—24 M. haben. Wie schon Gräetzer es tut, müssen auch wir, um konform mit der vorliegenden Statistik von Boekh zu gehen, auf die Wohnungsverhältnisse achten. Nach Boekhs Berliner Volkszählung von 1895 wurden von 19 404 Säuglingen in Wohnungen von 2 Räumen) an der Mutterbrust ernährt.

9334 = 48,1 %. Es sei gestattet, hier eine kleine Abweichung von unserem eigentlichen Thema zu machen, um zu sehen, ob auch in der vorher angezogenen Volkszählung von 1895 ebenso wie 1885 und 1890 sich ein Herabgehen der Zahl der angelegten Kinder mit dem Heraufgehen der Zahl an Wohnungsräumen bemerklich macht. Es wurden 1895 in Wohnungen von 1 Wohnraum = 49,85 % gegenüber 63,7 % im Jahre 1890*) selbstgestillt; in solchen

von	2	Zimmern	48,1 % (56,5)
„	3	Räumen	41,8 % (44,8)
„	4	„	35.6 % (35,3)
„	5	„	35,1 %
„	6	„	33,03 %

Wir finden also auch bei der Volkszählung von 1895, was Berlin betrifft, ein Sinken des Selbststillens mit der verbesserten ökonomischen Lage; ein scheinbarer Widerspruch gegenüber der eingangs erwähnten günstigeren Sterblichkeit der besser gestellten Kinder, jedoch nur ein scheinbarer. Denn den besseren Ständen stehen andere Faktoren, die die Sterblichkeit in günstigem Sinne beeinflussen, in ganz anderem Masse zur Verfügung als den niederen: einwandsfreie Milch — der Arzt, der in niederen Kreisen in vielen Fällen überhaupt nicht zu Rate gezogen wird.

Von unseren 500 Kindern (487 ehelichen, 13 unehelichen) wurden in genügendem Masse d. h. 9 Monate und darüber gestillt 141—28.2 % (darunter nur 1 uneheliches), ein mit der Graetzerschen Statistik beinahe übereinstimmendes Resultat. 29,6 % bei Graetzer.*)

---

*) Anmerkung: Zu der Berliner Volkszählung von 1900 stellte sich das Verhältnis nach Boekh: Wohnungen von 150 M. Selbstgenährte = 38,1 %, 300 M. = 34,3 %, 450 M. = 30,04 %, 750 M. = 23,9 %, 1200 M. = 23,1 %, 1800 M. = 20,8 %, 3000 M. = 12,4 %, 6000 M. = 7,08 %, 9000 M. = 14,3 %.

*) Anmerkung: Nach der Berliner Volkszählung von 1900 wurden von 39259 Kindern 12584 = 32,05 % an der Brust genährt.

Rechnen wir hierzu nun noch 56 Kinder die länger als 3 Monate und weniger als 9 Monate genährt wurden — ich mache diese Unterscheidung, weil solche Kinder von ihrer Mutter eine gewisse Widerstandskraft gleichsam eingesogen haben — also 141 + 56 + 6 Fälle von Allaitement mixte, so haben von unsern 500 Kindern 297 = 59,4 % entweder gar keine oder ungeeignete Muttermilch bekommen. Garnicht der Versuch gemacht wurde aus den noch anzugebenden Gründen bei 172 Kindern = 34,5 %.

Was nun zunächst die Zeitdauer anbetrifft, wie lange die unter 9 Monaten selbstgenährten Kinder die Brust erhielten, so ergeben sich folgende Zahlen: 1 Woche lang 47, 2 Wochen 7, 3 Wochen 7, 4 Wochen 15, 6 Wochen 16, 2 Monate 2, 3 Monate 33, 4 Monate 16, 5 Monate 17, 6 Monate 9, 7 Monate 12, 8 Monate 2 Kinder.

Wir bemerken hier die grosse Zahl der in den ersten Wochen wieder abgesetzten Kinder, bei denen wie noch näher auseinanderzusetzen sein wird, hauptsächlich der Milchmangel angeschuldigt wurde. Erwähnen wollen wir hier von den Müttern, die über 9 Monate stillten, 3 die $1^3/_4$ Jahr lang die Brust reichten. Wir wollen nun zur besseren Uebersicht zusammenhängend die Gründe mit ihrem zahlenmässigen Einfluss auf die uns vor allem interessierenden 297 Kinder, bei denen entweder gar nicht angelegt sesp. vorzeitig abgesetzt wurde, anführen, um dann später diese Gründe einer Kontrolle zu unterziehen.

Soziale Momente waren massgebend bei 87 Kindern = 17,5 % des Gesamtmaterials und zwar setzten 41 Mütter aus diesen Beweggründen ab (darunter 3 bei unehelichen) und 46 Kinder wurden aus denselben Gründen nicht angelegt, darunter 6 uneheliche Kinder gegenüber 13 unehelichen überhaupt.

Milchmangel wurde angegeben als massgebend für vorzeitiges Absetzen resp. garnicht Anlegen in 102 Fällen = 20,4 % und zwar setzten 86 vorzeitig ab, während 16

aus diesem Grunde nicht anlegten. — Krankheit der Mutter resp. des Kindes waren bestimmend in 101 Fällen = 20,2 % des Gesamtmaterials. Hiervon kommen auf Krankheit der Mutter 95 = 19 % und Krankheit des Kindes 6 = 1,2 %. Wegen Krankheit der Mutter wurden 19 Kinder vorzeitig abgesetzt und 81, wie das natürlich ist, nicht angelegt. Von den 7 weiteren Fällen, die ich unter die vorhergehenden Formen nicht bringen konnte, wurde 3 Mal nicht angelegt, weil es in den Familien so Brauch; in 3 weiteren Fällen war Furcht vor Mastitis, die bei dem vorhergehenden Kinde vorhanden gewesen sein sollte, der Grund, das Kind überhaupt nicht anzulegen und in einem Falle war der Rat einer Nachbarin ausschlaggebend.

So stellten sich die Dinge, wie sie uns von den Frauen selbst berichtet wurden. Wir wollen nun an der Hand der Kritik sehen, wie die einzelnen Rubriken zusammenschrumpfen, ob nicht bei voller Erfassung des Ernstes, der in der Sache liegt, die meisten Frauen stillen könnten. Sehen wir ab von den letzten 7 Fällen, die sich von selbst als Leichtsinn und Unverstand charakterisieren. Die Handlungsweise einer Frau, die nicht anlegt, weil „wir ja auch mit der Flasche gross geworden sind", die aus Furcht vor Mastitis, ohne dass sie irgend welchen Schmerz verspürt, überhaupt nicht anlegt — diese Handlungsweise ist ein Produkt des Indifferentismus den warnenden Stimmen gegenüber und des Vertrauens zur künstlichen Nahrung. Gegen den Indifferentismus gibt es nur den schweren Kampf der Aufklärung; das Vertrauen auf die vielen künstlichen Nährmittel könnte man z. B. staatlicherseits dadurch unterbinden, dass man ihnen erst nach Prüfung an einem grossen klinischen Material die Licenz zum Verkaufe erteilte.

Wenden wir uns dahin, wo uns stichhaltigere Gründe für das Nichtstillen gegeben werden, zunächst zu den sozialen Momenten als Hinderungsgrund (17,5 %). Da wir die näheren Lebensumstände zunächst der verheirateten

Frauen nicht kennen, so werden wir uns nur in Vermutungen ergehen können über die Frage, ob denn das Selbststillen gänzlich aus dem Bereiche der Möglichkeit gelegen hätte. Sicher war das der Fall bei denjenigen verheirateten Frauen, die ausserhalb des Hauses auf Erwerb ausgehen mussten, das waren jedoch nur 22 Frauen. Sicher hätte von den zu Hause arbeitenden 56 Frauen die eine oder die andere stillen können, schon mit Rücksicht darauf, dass die Zeitversäumnis, die das Stillen mit sich bringt, in etwas durch das kostenlose Fliessen der Muttermilch aufgehoben wird, nicht gerechnet der leider verkannte Nutzen der eigenen Milch für das Kind. In vielen Fällen hätte sich ein allaitement mixte trotz oder gerade wegen der Arbeit durchführen lassen. Zum Inganghalten der Milchproduktion ist es nur notwendig, dass die Brust während 24 Stunden viermal ordentlich, d. h. vollständig entleert wird. Ein viermaliges Anlegen liesse sich auch bei der zu Hause arbeitenden Frau bewerkstelligen. — Waren wir bei den verheirateten Frauen, wenigstens bei den zu Hause arbeitenden, im Zweifel, ob sie hätten nähren können, so werden wir bei den hier in Frage kommenden unverheirateten die Unmöglichkeit verstehen. Von den 13 unverheirateten fallen 9 unter diese Rubrik, und, was bemerkenswert ist, zweimal konnten Mütter ihr eigenes Kind nicht nähren, weil sie als Ammen sich vermietet hatten. — Die kümmerlichen Alimente reichen nicht aus zum eigenen Unterhalt; das Kind muss also in Pflege gegeben und die kurz unterbrochene Arbeit so schnell wie möglich wieder aufgenommen werden. Die unehelichen Mütter haben weder Zeit noch Gelegenheit, ihre Kinder selbst zu nähren. Hier ist Wandlung zu schaffen, in noch grösserem Umfange als es bis jetzt geschehen. Wenn acht Länder: Deutschland, Gross-Britannien, Belgien, Niederlande, Portugal, Schweiz, Norwegen, Oesterreich die Arbeit hochschwangerer resp. frisch entbundener Frauen verbieten, so ist speziell für die un-

verheirateten Mütter wenig getan, da sie nicht wissen, wovon sie leben können. Eine Bestimmung, die gewiss mehr auf die Arbeitsfähigkeit der Arbeiterin hinzielt, gleichzeitig jedoch mit den folgenden nachahmenswerten Einrichtungen anderer Länder das Selbststillen auch der unehelichen Kinder unterstützen kann, ist die Bestimmung einiger Krankenkassen, darunter auch einiger grosser Berliner Kassen, dass den Wöchnerinnen 6 Wochen lang Unterstützung gezahlt wird. Leider ist das nicht schon für Hochschwangere der Fall und leider sind einige Arbeiterklassen, z. B. die Dienstboten, da sie den Kassen nicht angehören, von diesen Unterstützungen ausgeschlossen. Eine nachahmenswerte gesetzliche Einrichtung besteht in Italien. Die Frau hat das Recht, ohne dass ihr Lohn gekürzt wird, einmal vor-, einmal nachmittags, ausserhalb der üblichen Arbeitspausen zu ihrem Kinde zu gehen Dass sich mit der Gelegenheit auch die Zahl der Selbstgestillten steigern muss, ist selbstverständlich. Weiter besteht wie in Italien, so in Portugal für jeden Besitzer eines Betriebes von mehr als 50 Personen die gesetzliche Verpflichtung, den Müttern ein Zimmer zur Verfügung zu stellen, wo sie ihre Kinder pflegen, wo sie ihre Kinder vor allem selbst stillen können, Auf diese Weise muss dem Zieh- und Haltekinderwesen Abbruch geschehen und das kann dem Lande und seiner Wehrkraft nur segensreich werden. — Mit Recht ist von vielen Seiten auf das tragische Geschick der Kinder der Ammen hingewiesen worden, während oder weil die Mutter einem fremden Kinde gegen Entgelt die Nahrung geben muss. Entschieden ist es eine sittliche Forderung, dem Ammenkind die Mutter nicht vor der 6. Woche zu entziehen. Wenn wir an den uns später noch eingehender beschäftigenden Satz denken „L'augmentation suit les demandes", so wissen wir, dass die Brust, sich den Anforderungen anpassend, genügend Milch für zwei und mehr Säuglinge geben kann. Es ist daher der Wunsch berechtigt,

dass gleichzeitig mit der Amme auch ihr Kind aufgenommen werde. Abgesehen davon, dass es die Brust, wenn der andere Säugling ein schwacher, am Versiegen hindert, kann es selbst durch die Mutterbrust, durch ein allaitement mixte, durch die Pflege der eigenen Mutter allein, vor vielen Gefahren bewahrt werden.

Wir kommen nun zur Prüfung der Frage, ob denn auch die Fälle, in denen uns Krankheit als Grund zum Nichtstillen angegeben wurde, vor dem unbefangenen Beobachter bestehen können. Bei 95 Kindern war Krankheit der Mutter Ursache zum Nichtstillen und zwar wurde angegeben in 36 Fällen Schwäche (2 mal nach schwerer Zange), in 27 Fällen Tuberkulose, in 6 Fällen Herzkrankheit, in 10 weiteren wunde Warzen, in 10 Fällen Mastitis (darunter 2 beginnende). Schliesslich wurde nicht genährt, weil 1 mal die Frau sich krank glaubte, 3 mal, weil die Hebamme die Frauen für krank hielt, ohne dass uns dies 4 mal angegeben werden konnte, welcher Art die Krankheiten waren, ein Zeichen, wie schwerer Natur sie waren. Wir müssen uns von vornherein sagen, dass wir einem Teil der angegebenen Gründe sehr skeptisch gegenüber zu stehen haben. 11 mal fand nämlich die Hebamme die Frau zu schwach, 14 mal verordneten die Frauen das Nichtnähren sich selbst, 1 mal fand der Mann seine Frau zu schwächlich, und nur in 25 Fällen — die Fälle von Tuberkulose ausgenommen — lag ein ärztliches Verbot zum Stillen vor. Lassen wir die 25 Fälle gelten und rechnen 27 Fälle, in denen Tuberkulose als Hinderungsgrund angegeben wurde, hinzu, so bleiben doch immer 43 Fälle, in denen uns doch leichtsinnig vorgegangen zu sein scheint. Leider müssen wir uns eingestehen, dass auch von Ärzten häufig grundlos in Hinsicht auf ein Leiden vom Stillen abgeraten wird. Wieso z. B. in 6 Fällen von vollständig kompensierten Herzfehlern ärztlicherseits abgeraten wurde, ist nicht ersichtlich. Sehr skeptisch haben wir den Fällen von

„Schwäche“ gegenüberzustehen. Gewiss ist nicht zu leugnen, dass in unserem Material Mütter waren, die bei der jammervollen eigenen Ernährung nicht noch ihr Kind stillen konnten. Andere jedoch boten bei der Aufnahme ein Bild fröhlicher Gesundheit. Häufig verbarg sich hinter der angegebenen Schwäche Bequemlichkeit, vor allem aber Be-Beeinflussung von unberufener Seite. So war in den 36 Fällen von Schwäche der Einfluss der Hebamme nachweisbar in 11 Fällen. Alle praktischen Aerzte, speziell mit ländlicher Praxis, wissen, von welchem Einfluss die Hebamme ist. Wie oft findet man nicht seine eigenen Anordnungen z. B. über Kinderernährung durch die widersinnigsten Ratschläge der Hebamme umgestossen. Vollständige Berechtigung hat daher der Wunsch, ihnen irgendwelche Anordnungen über Kinderernährung vollständig zu verbieten, zum mindesten die Hebammen mit allen Fragen der Kindesernährung, vor allem mit dem Nutzen der Muttermilch und der Technik des Anlegens genauer, als es bis jetzt der Fall ist, bekannt zu machen. Hoffentlich werden die Bestimmungen im neuen Hebammenlehrbuch, die diesem Wunsche entsprechen, reichliche Frucht tragen. — Was die Anschauungen der Paediater über die Frage der Kontraindikation zum Stillen betrifft, so finden wir hier verschiedene Anschauungen vertreten. Bei Monti finden wir als Gegenanzeichen: Geisteskrankheiten im allgemeinen, Epilepsie (relativ), Tuberkulose, Skrophulose, Syphilis, Hysterie bei tiefgehender Störung, Karies und chronische Gelenkentzündung, chronischer Rheumatismus, hochgradiger Herzfehler, chronische Hautkrankheiten, chronische Nierenentzündungen, Puerperalprozesse und schliesslich wiederholte Metrorhagien, da dieselben einen nachteiligen Einfluss auf die Milchsekretion ausüben. Von allen diesen Gründen, die in einigen Fällen in der Tat zu weitgehend sind, kennt Heubner als absoluten nur einen und zwar die Tuberkulose und auch diesen lässt Schlossmann nur zum Teil bestehen.

In der Tat hat seine Argumentation viel bestechendes. Die Schwangerschaft selbst, nicht das Stillen bringt die tuberkulose Frau in Gefahr. Das gilt für die Mutter; für das Kind kommt als sicherer Weg der Vermeidung der Infektion nur die Entfernung von der tuberkulösen Mutter in Betracht. Bleibt das Kind, wie es meistens der Fall ist, bei der Mutter, so ist die Infektionsmöglichkeit für das Kind durch das Anlegen an sich durch die nicht bewiesene Infektibilität der Muttermilch verschwindend klein gegenüber den Gefahren, die ihm durch das Küssen, überhaupt durch den engen Verkehr mit der Mutter drohen. Wir berauben also das Kind durch Verbot des Anlegens des Nährmittels, das es noch einigermassen im Kampfe mit den drohenden Gefahren stählen kann, ohne dass wir ihm die eigentlichen Gefahren beseitigen. Andererseits, worauf Schlossmann hinweist, wir berauben auch die Mutter eines Vorteiles, den das Stillgeschäft mit sich zu bringen pflegt, des natürlichen Fettansatzes, des Steigens im Gewicht. Das suchen wir doch vor allem bei Tuberkulösen zu erreichen. Dass wir eine epileptische Frau, die ihr Kind in einem Anfalle in Gefahr bringen kann, nicht werden anlegen lassen, versteht sich von selbst. Nachdem in der Literatur Fälle bekannt gegeben, in denen selbst idiotische ihr Kind stillten, wird unsere Stellung zu dieser Frage die sein, wo es nur irgend möglich, auf ein Selbststillen zu dringen. Bei unserem Material, wie auch sonst, müssen wir uns sagen, dass das Stillen zu häufig auch ärztlicherseits unnötig widerraten wird. Es ist zu wünschen, dass schon während des Studiums ein exakteres Hinwirken auf diesen Punkt gelehrt werde.

Wir haben weiter in unserem Material 10 Fälle, in denen wegen wunder Warzen und 10 Fälle, in denen wegen Brustdrüsenentzündung (darunter 2 mal wegen beginnender) teils sofort abgesetzt wurde, teils angeblich die Milchsekretion versiegte. Die 10 Frauen, die wegen Schmerzen, die ihnen die wunden Warzen beim Anlegen

verursachten, absetzten, waren sämtlich nicht in Behandlung von Aerzten. Es wäre ja auch ein Armutszeugnis, das sich der betreffende Arzt ausstellen würde, wenn er etwa aus diesem Grunde absetzen liesse. Wären sie in Behandlung gewesen, so hätten sie sicher ihre Kinder weiter genährt. Im übrigen kommt für das Zustandekommen des Wundseins der Warzen überhaupt das mangelnde Verständnis dafür in betracht, dass Sauberkeit und Abhärtung der Brustwarzen ebenfalls zu den Vorbereitungen zur Mutter gehören.

In 2 Fällen von beginnender Brustdrüsenentzündung (gekennzeichnet durch Fieber, Schmerz), die nicht von Ärzten behandelt wurden, genügten die genannten Symptome schon, sofort das Kind abzusetzen. Uns interessiert an den anderen Fällen die Frage, warum in der erkrankten Brust — sämtliche Fälle sind solche von einseitiger Mastitis — die Milchsekretion versiegte, warum denn nicht die andere Brust dauernd weiter gegeben wurde. Wir müssen zunächst wissen, welche Behandlungsweise bei unseren Fällen stattgehabt hat. Sie sind sämtlich nach der alten Methode des Ausserfunktionsstellens der erkrankten Brust, mit Hochbinden etc. behandelt. Diese Methode soll nicht angegriffen werden; es lassen sich mit ihr in Hinsicht auf Wiederherstellung der Funktion der erkrankten Drüse, auf die es vor allem ankommt, Gutes leisten. Um das zu erwirken, ist nötig, dass sobald wie möglich zunächst mit dem Absaugen, dann mit dem Wiederanlegen des Kindes begonnen werde Es muss wieder und wieder angelegt werden, bis dann endlich der Erfolg da ist. An dem Mangel dieser Technik muss es liegen, dass in unseren sämtlichen Fällen die Drüsen nicht mehr zur Funktion kamen. Und doch haben wir in der Literatur Fälle, in denen es, wie z. B. Finkelstein, trotz durch Mastitis verursachten Aussetzens von 10 Tagen gelang, die Brust wieder in Gang zu bringen. Quillier konnte selbst nach einer Pause von 30 Tagen eine gute Funktion erzwingen. Wir müssen uns

sagen, dass diese Erfolge in der Klinik leichter möglich sind, mit ihrer strikten Befolgung der ärztlichen Befehle. Die Frau in der nichtklinischen Behandlung lässt nach einigen Malen vergeblichen Anlegens von ihren Versuchen ab und beruhigt sich damit, dass keine Milch mehr vorhanden. — Der andere Standpunkt in der Behandlungsart der Mastitis bringt sicher die Funktion der Drüse nicht derart in Frage, wie die vorher erwähnte Er ist folgender: Das Kind wird auch an der erkrankten Brust angelegt, vorausgesetzt, dass kein Eiter sich mit der Milch entleert. Ist das der Fall, was wir mikroskopisch leicht durch Nachweis von Leukoiyten in der Milch nachweisen können, so wird abgesogen. Die andere Behandlungsweise lässt während der ganzen Dauer der Entzündung die kranke Brust in Ruhe. Sicher hat diese Behandlungsweise des ununterbrochenen Anlegens resp. Absaugens den Vorteil, dass es nie zur Stauung und damit schliesslich zum gänzlichen Aufhören der Sekretion kommen kann. Ausserdem fühlen sich diese Frauen subjektiv wohler, da bei dieser Behandlungsart das lästige, schmerzhafte Gefühl der Stauung in der kranken Brust fortfällt. Wir müssen es für unsere Pflicht halten, nicht nur den Erkrankungsprozess zur Heilung zu bringen, sondern auch die vorherige Funktion der Brustdrüse wiederherzustellen.

Was die andere Frage betrifft, warum die andere Brust nicht gereicht und zwar nicht dauernd gereicht wurde, so haben wir auch in unserem Material unter den vollständig d. h. 9 Monate selbst genährten Kindern einen interessanten Fall, der uns von der Möglichkeit zunächst des Ausreichens der einen Brust ohne Beigabe überzeugt. Die Frau hatte bei dem vorhergehenden Kinde eine schwere einseitige Mastitis durchzumachen, in deren Verlaufe die kranke Brust völlig versiegte. Die Frau gab nun dem jetzigen Kinde schon im 10. Monate in ausreichendem Masse die eine Brust, ohne dass sie nötig gehabt hätte, die Flasche da-

neben zu geben. Die bei dem vorhergehenden Kinde erkrankte Brust hatte angeblich keine Milch gehabt. Es ist eine auch durch andere Erfahrungen so z. B. in dem Berliner Säuglingsheim erhärtete Tatsache, dass wie auch bei anderen Organen auch bei der Brustdrüse ein vikarirendes Eintreten für den Ausfall der anderen eintreten kann.

Bei unseren Fällen, wie bei sehr vielen Fällen, die nicht unter dauernder Beobachtung stehen, wird aus dem Glauben heraus, das Kind könne doch nicht an der einen Brust satt werden, nicht genügend achtsam beim An- und Ablegen des Kindes verfahren. So versiegt dann in den meisten Fällen in der Tat die Brust, die aber die Stufe des allaitement mixte zur alleinigen und reichlichen Nahrungsquelle hätte werden können.

Bei den Fällen, wo Erkrankungen der Säuglinge schuld am Absetzen waren, wurde uns einmal angegeben, das Kind sei mit einem Ausschlag geboren worden, und die Frau hatte aus diesem Grunde nicht anlegen wollen. Der Ausschlag war, wie sich herausstellte, syphilitischer Natur und dem Anlegen an die Mutterbrust stand nach dem Profetaschen Gesetze nichts im Wege; andererseits wäre das Kind wohl wahrscheinlich vor dem Zustande der Pädatrophie, wegen dessen es in Behandlung war, bewahrt geblieben. In einem anderen Falle veranlasste die andauernde Obstipation des Kindes den behandelnden Arzt zum Absetzen lassen. Ob nicht andere diätetische Massregeln diese Anomalie, ohne dass man gleich die Brust hätte absetzen lassen, hätten beseitigen können, wage ich nicht zu entscheiden. In den übrigen Fällen, wo das Kind zum Absetzen den Grund gab, wurde stets gesagt, das Kind wäre zu schwach zum Saugen gewesen. Es kann das nun zunächst daran liegen, dass das absolut nicht schwache Kind sich an der wenig prominenten Warze müde arbeitet. Es könnte das durch geeignete Vorbereitung während der Schwangerschaft verhindert werden. Oder die Brustwarze

ist zwar prominent, die Brust aber schwer gehend. Das Kind ist für diese Brust zu schwach, es geht schliesslich an die Brust nicht mehr heran und die Milch versiegt, weil sie eben nicht entleert wird. Solche Fälle imponieren dem Laien häufig als Milchmangel und werden wir darauf bei dem nächsten Punkte zurückzukommen haben. In der Privatpraxis sind diese Fälle meist für das Selbststillen verloren, wenn nicht ein saugstarkes Kind angelegt wird, das die Brust in Gang zu bringen vermag. Anders ist es natürlich in Kliniken, den Säuglingsheimen, wo stets saugstarke Kinder in genügender Menge vorhanden sein werden.

Liess sich schon bei dem bis jetzt besprochenen Material die Möglichkeit des Selbststillens erheblich steigern, so werden wir es in weit grösserem Umfange bei dem uns nun beschäftigenden Punkte „dem Milchmangel" sehen. Die Zahl der Fälle, in denen Milchmangel zum Absetzen massgebend war, betrug 20,8 % des Gesamtmaterials, gegenüber circa 30 % in dem Material Grätzers für Berlin und von Diettrich für Köln. Wir sind auf diesem Gebiete während der letzten zwei Jahrzehnte zu wesentlich anderen Anschauungen gekommen, als bis dahin geltend waren. Sie gipfeln in dem Satz: Fast jede Mutter ist, was die Funktion der Brustdrüse anbetrifft, imstande zu säugen. Bunge, der die Stillungsunmöglichkeit als bestehend und stetig weitere Kreise ziehend annimmt, sieht in ihr eine Teilerscheinung einer Degeneration des ganzen Stammes, deren andere durch erbliche Belastung hervorgerufene Erscheinungen, Tuberkulose, Alkoholismus, Nervenkrankheiten, Zahnkaries sind. Einen Grund für seine Folgerungen sieht er in der nach ihm fast ausnahmslosen Vererblichkeit der Stillungsunfähigkeit. Selters jedoch beweist an der Hand seiner Untersuchungen in Solingen und Köln, dass diese Vererbung in der Tat nicht stattfindet. — Den Standpunkt einer isolierten Degeneration der Brustdrüse vertritt Bollinger. Er nimmt ebenfalls den Milchmangel als bestehend an und

zwar als Resultat der vererbten funktionellen Schwäche der Brustdrüse, die sich auf Grund der durch Generationen hindurch mangelnden Inanspruchnahme herausgebildet hat. Auch Heger ist der Meinung, dass eine Unfähigkeit zum Stillen besteht. Nach ihm sind nur 30 % der Mütter imstande, ihre Kinder 6 Monate hindurch zu stillen. Als einen Weg zur Abhülfe gibt er den drastischen Rat, der einer Zuchtwahl ähnlich sieht „die Männer müssten sich verschwören, nur Mädchen mit vollem Busen zu heiraten und die Mädchen, nur solche Männer zu nehmen, die an Mutterbrust gelegen, um so ihren Töchtern die Fähigkeit zum Stillen zu vererben.“ — Neuere Feststellungen haben uns gezeigt, dass der Prozentsatz der Stillungsfähigen in allen Kreisen ein weit höherer ist, als ihn Heger (30 %) und Fehling (50 %) angeben. Mm Dluski, Marfan Placker haben bewiesen, dass in den ärmeren Volksschichten bei 99 %, in den gutsituierten bei 90 % aller Frauen die Brustdrüsen gut funktionieren. Ein weiterer Beweis, dass die von Bunge, Hegar, Bollinger und vielen Praktikern an der Hand eigener Erfahrungen angenommene fehlende Befähigung zum Stillen in Wirklichkeit nicht besteht, geht aus der Arbeit von Strauss aus der Münchener Entbindungsanstalt hervor. Strauss findet nämlich 952 von 1000 Wöchnerinnen befähigt, ihre Kinder während der Beobachtungszeit in der Klinik (10 Tage) zu stillen. Geht aus dieser klinischen Statistik die Hinfälligkeit der Annahme einer Stillungsunfähigkeit an sich hervor, so fällt auch der Glaube an die mangelnde Befähigung der meisten Frauen, über den sechsten Monat hinaus zu stillen, durch die Erfahrungen, die in den Säuglingsheimen gewonnen worden sind. Die in der von Finkelstein geleiteten Berliner Anstalt bis zum Jahre 1905 aufgenommenen 80 Frauen waren ausnahmslos gute Ammen, sowohl was Menge der Milch, als auch was die Zeitdauer der Laktation betraf. Dasselbe ist auch in der Schlossmann'schen Dresdener

Anstalt der Fall. Geben uns diese Erfahrungen das Faktum der ausnahmslosen Eignung der Frauen zum Stillgeschäft so zeigen sie uns auch die Regeln, vermittels deren diese Resultate gezeitigt werden können. Die völlige Entleerung der Brust durch einen kräftigen Säugling ist der spezifische Reiz, unter dem jede Brust zu einem reichlich fliessenden Quell werden kann.

An dem Mangel dieses spezifischen Reizes liegt es z. B., dass Ammen, die sich in den Säuglingsheimen bewährt hatten, von den Familien wieder wegen Milchmangels in die Anstalt zurückgeschickt wurden. Die schwachen, trinkfaulen Säuglinge vermögen den spezifischen Reiz, die jedesmalige völlige Entleerung der Brust nicht auszuüben. Es kommt zur Stauung, und die Milch versiegt. Finkelstein berichtet solche Fälle, die sich dann in der Anstalt hald wieder zu ihren alten Milchmengen erhoben. — Wenn in der Praxis in so vielen Fällen Milchmangel angegeben wird, so liegt es meistens daran, dass die Frauen nicht wissen, dass die Milchmengen sich nur ganz allmählich steigern können, dass sie überhaupt erst spät, am 8. Tage einschiessen kann. Aus den Erfahrungen der Säuglingsheime geht für die Praxis hervor, dass man zu früh mit den Versuchen des Anlegens abgebrochen hat. Tage und Wochen hindurch können die gelieferten Mengen gleich Null sein. Schliesslich hebt sich doch die Milchproduktion. Gelang es doch Budin, nachdem bereits 34 Tage seit der Geburt verflossen waren, die Brust der Mutter zur ausreichenden Funktion zu bringen. So führt Schlossmann einen Fall an, in dem es ihm nach 18 Tagen ebenfalls glückte, die Milchproduktion vollständig anzufachen. Auf Rechnung dieser Technik ist auch der Erfolg Finkelsteins zu setzen, in dem schon erwähnten Falle von Mastitis, in dem noch nach 10tägiger Ruhe die Brust wieder zu funktionieren begann. Es kam uns mit dem Hinweis dieser Beispiele wesentlich darauf an, zu zeigen, dass die meisten Fälle von Milchmangel in

Wirklichkeit keine sind und dass sachgemässe Leitung und Energie dem Kinde den Quell seiner Gesundheit erhalten können. Die Beobachtungen in den Säuglingsheimen zeigen uns weiter, dass die Milchproduktion nachfolgend den an sie gestellten Anforderungen zu ungeahnten Mengen ansteigen kann. So steigert sich die Milchmenge beim Anlegen eines zweiten Kindes auch sofort auf das Doppelte der vorher produzierten Menge. Wir haben dasselbe schon bei dem Ausfall der einen Brustdrüse verursacht durch Mastitis in Erscheinung treten sehen. Welche Mengen von Milch nach diesem Gesetz der Anpassung hervor gerufen werden können, zeigt uns das Beispiel der Amme Nicodai aus der Dresdener Anstalt, die über 1 Jahr im Durchschnitt 2000 g produzierte. In einem anderen Falle aus derselben Klinik wurde das Maximum von 3390 g erreicht. Auch was die Zeitdauer der Laktation betrifft, die ohne Schaden ertragen werden kann, so geht ebenfalls aus den Beobachtungen hervor, dass das jedenfalls weit länger der Fall sein kann, als man vorher annahm. Schlossmann sah noch nach 14 bis 16 Monaten Milchmengen von 1800 g Finkelstein erwähnt unter anderen ähnlichen einen Fall, der im ersten Halbjahr 15—2700 g, ein weiteres Vierteljahr 3000—3500 g, ein weiteres Halbjahr 2000 bis 2500 g und noch im 18. Monat 1800 g gab.

Nicht nur dass die Anschauungen über den „Milchmangel" vielfach unrichtige sind insofern er von vornherein als solcher imponiert, die Anschauungen sind auch vielfach dort unrichtige, wo die Brust mehr oder weniger schnell versiegt und ein Weitergeben der Brust wäre möglich gewesen. So wird z. B. bei unserem Material in 4 Fällen ein Versiegen der Milch nach dem Eintritt der Menstruation angegeben. Wird die Milchsekretion durch die Menstruation überhaupt beeinflusst? Es liegen über diese Frage hauptsächlich Untersuchungen von Bendix vor. Er kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Resultat, dass

ein grosser Prozentsatz der Frauen die Menstruation bekommt (von 140 Frauen 85) während des Stillens, dass sie jedoch nur in äussert wenigen Fällen Grund zum Absetzen gibt. Eine quantitative Veränderung der Milch ist nicht ausgesprochen; qualitativ glaubt er eine Vermehrung des Fettgehaltes annehmen zu müssen. Es besteht vielfach im Volke die wie wir sehen unbegründete Ansicht, dass mit dem Eintritt der Menstruation auch die Milch schwindet. Stellt sich nun bei dem Säugling in der Tat eine kleine Indisposition ein, so wird sie sofort auf die Menstruation bezogen, und es versiegt nun in der Tat unter dem Nachlassen in der Sorgfalt des Anlegens die Milch.

Unter unseren Fällen sind auch 2 in denen als Grund zum Absetzen schlechte Milch angegeben wurde. Es verbirgt sich meistens hinter diesen Fällen, dass die Milch, was die Menge betrifft, für den Säugling nicht ausreicht. Dann kann man ja ein allaitement mixte beginnen, niemals jedoch die Milch sofort aussetzen. Allerdings sehen die Frauen den wahren Grund nicht, sie sehen nur, dass das Kind verdriesslich ist, nicht recht wie früher trinken will, vor allem nicht zunimmt. Deswegen sagte mir eine Frau, sie wollte sehen, ob sie mit Kuhmilch nicht weiter käme. Wir wissen heute, dass es eine schlechte Muttermilch überhaupt nicht gibt. Alle die Analysen, die ein Zurückbleiben der Komponenten der Muttermilch hinter den Durchschnittswerten hervorgehenlassen und damit eine Minderwertigkeit vermuten lassen, sind hinfällig. Denn neuere Analysen haben gezeigt, dass diese Schwankungen in der jeweiligen Zusammensetzung bei jeder Brust sowohl in verschiedenen Laktationszeiten, als auch in verschiedenen Stunden, ja selbst in verschiedenen Entleerungsphasen ganz normal sind. Die dyspeptischen Stühle der Säuglinge, wegen deren man früher die Milch vielfach analysieren liess, sind bei der normalen Gewichtskurve sowie bei sonstigem normalen Verhalten der Säuglinge nichts pathologisches. Häufig je-

doch können sie auch die Folge einer Ueberernährung an der Mutterbrust sein.

Ein Grund für das wirkliche Versiegen der Mutterbrust sei hier der Vollständigkeit halber noch erwänt. Er liegt meistens in dem falschen Glauben, durch die Art der Ernährung, meistens Suppendiät, die Milch zu erhalten nnd zu steigern. Nichts ist grundloser als er. Durch die fortgesetzte Darreichung von Suppen muss endlich der Appetit schwinden und ihm schliesst sich auch die Milch an. Die Frauen sollen essen und trinken, was ihnen schmeckt. Wir sehen die glänzenden Erfolge in den Säuglingsheimen, wo eine besondere Diät der Ammen nicht statt hat.

Wir sehen auch an unserem Material, wie weit die Wirklichkeit, was die Frage des Selbststillens betrifft, hinter dem zurückbleibt, was zu erreichen wäre. Der allgemeine Grund dafür liegt in dem noch immer fehlenden Verständnis für den Wert der Muttermilch für das Kind und in dem Teil, in dem das Selbststillen wirklich angestrebt jedoch nicht erreicht wird, in dem fehlenden Verständnis der Wege, wie die Schätze der Mutterbrust zu heben sind. Wie jedoch dem abhelfen? Wenn Pfeiffer — allerdings ausgehend von der Annahme einer bestehenden Unfähigkeit zum Stillen — den Grund hierfür, speziell was die besseren Kreise betrifft, in dem Ueberwiegen der geistigen Ausbildung der weiblichen Jugend der körperlichen gegenüber sieht, so liegt darin viel beherzigenswertes und anregendes. Wir sehen schon jetzt in den Vorschlägen zur Umgestaltung des höheren Mädchenunterrichtes diese Seite mehr betonen. In den höheren Klassen ist mehr Gewicht zu legen auf das Bekanntmachen mit den Pflichten des Hauptberufes der Frau, den Pflichten der Mutter, denen gesellschaftliche Verpflichtungen nicht voran zu stellen sind. Für die deutschen augenblicklichen Verhältnisse, wo wir weit von der in Schweden geltenden gesetzlichen und sittlichen Verpflichtung

zum Selbststillen entfernt sind, erscheint der in Frankreich eingeschlagene Weg der Vermehrung der Selbststillenden der nachahmenswerteste. In den von Budin ins Leben gerufenen Consultations de nourrissons werden denjenigen Frauen, die ihre Kinder selbst stillen, Unterstützungen gewährt. Gleichzeitig werden diese Konsultationen, die im wesentlichen der Prophylaxe von Krankheiten gewidmet sind, zu Schulen für Mütter, zu Stätten, von denen aus die Aufklärung über alle Fragen der Kinderernährung immer weitere Kreise zieht. Die Erfolge erklären die Berechtigung der Einrichtungen. So waren z. B. in der ebenfalls von Budin geleiteten Consultations: Klinik Tarnier nur 6,4 % künstlich genährt. 70,1 % bekamen ausschliesslich die Brust — 23,6 % Allaitement mixte. Gleich diesem Resultat sind auch die Rückwirkungen auf die Sterblichkeit: die Gesamtmortalität betrug in den drei Consultations, die von Budin geleitet werden: Consultation de Maternité, de Charité, Klinik Tarnier 2,88 % — 1,4 % — 1,06 %. Dasselbe geht aus den Berichten privater wohltätiger Gesellschaften z. B. der Mutualité maternelle hervor. Diese Erfolge bestätigen unsere Annahme, dass das Zunehmen der Zahl von Stillenden in grossem Umfange möglich ist, und dass wir auf diese Weise immer einen Faktor gegen die Kindersterblichkeit schaffen, der im Verein mit anderen Faktoren, Beschaffung einer einwandfreien Milch und vor allem Verbesserung der sozialen Verhältnisse, uns dem Ideal näher bringen wird. (Erwähnt sei hier, dass Berlin und Charlottenburg bereits mit der Errichtung obenerwähnter Beratungsstellen den Anfang gemacht haben.)

Am Schlusse dieser Arbeit gestatte ich mir, Herrn Dr. B. Bendix, meinem hochverehrten Lehrer, für Überlassung des Materials meinen Dank auszusprechen.

Litteraturangabe.

Bendix: Charitee-Annalen 24. Münchener Mediz. Wochenschrift.
Biedert: Die Kinderernährung im Säuglingsalter. Kap. 1.
Bollinger: Corr.-Bl. d. Deutschen Anthrop. Gesellschaft 1899, No. X.
Boekh: Statistische Jahrbücher d. St. Berlin 1898—1903.
„ Die Berliner Volkszählung von 1895 und 1900.
Diettrich: Centr.-Bl. f. allgem. Gesundheitspflege 22. 1903.
Escherich: Münch. Med. Wochenschr. 1887 No. 13 und 14.
Finkelstein und Ballin: Die Waisensäuglinge Berlins. Urban und Schwarzenberg 1903.
„ Therapie d Gegenwart 1903.
Graetzer: Jahrbuch f. Kinderheilkunde 33.
Gruber: Centr.-Blatt für allg. Gesundheitspflege 21.
Hegar: Deutsche Med. Wochenschr. 1896 No. 34.
Heubner: Pentzold und Stinzing, Bd. IV.
Keller: Centr.-Blatt f. allg. Gesundheitspflege 22.
Meinert: Therap. Monatshefte 1891.
Neumann: Die Haltekinder d. Stadt Berlin Berlin 1900.
Pfeiffer: Gerhardts Handbuch d. Kinderkrankheiten, Bd. I.
Raths: Deutsche Gesellsch. f Gesundheitspflege (Vortrag 28. April 1890).
Schlossmann: Archiv f. Kinderkrankheiten 33.
„ Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn. XXII, 1903.
„ Zeitschrift f. Hygiene XXXII.
Strauss, Willy: Das Stillungsvermögen der Gebärenden in der Münchener Frauenklinik. Inaugural-Dissertation München 1897.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Hermann Michaelis, ist am 10. Juli 1880 zu Dt. Krone, Westpreussen, als Sohn des Lederhändlers und Gerbereibesitzers Moritz Michaelis und seiner Frau Rosetta, geboren. Er besuchte das Gymnasium in Dt. Krone, das er Ostern 1899 mit dem Reifezeugnis verliess. Er studierte in München und Berlin Medizin und bestand im Mai 1904 zu Berlin das medizinische Staatsexamen.